BOLETIM
DO
SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Rua Pirapitinguí, 80 — São Paulo, Brasil

VOL. XX | AGÔSTO DE 1958 | N.º 2

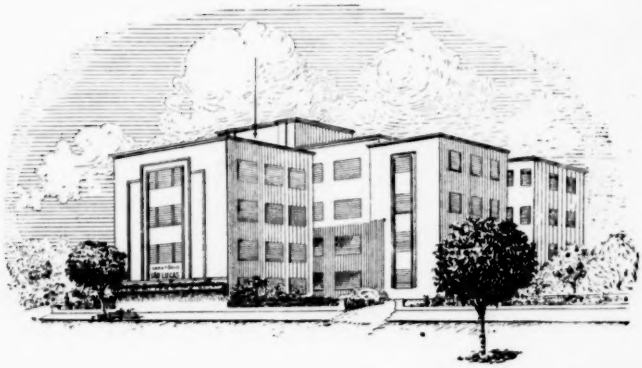
Sumário:

Pág.

Spina Bífida — Prof. Carmo Lordy 19

Pseudorredução de hérnia ingüinal — Dr. Eurico Branco Ribeiro 19

Movimento da Secção de Maternidade do Sanatório São Lucas no ano de 1957 24



Boletim do Sanatório São Lucas

Suplemento de

"ANAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA"

Editado sob a direção do

Dr. ADHEMAR NOBRE

pelo

SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Diretor

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

✦

Órgão oficial da Sociedade Médica São Lucas

Rua Pirapitinguí, 80 — São Paulo, Brasil

DIRETORIA — Exercício 1958/1959

Presidente
Dr. Adhemar Nobre

Vice-Presidente
Dr. Adalberto Leite Ferraz

Primeiro Secretário
Dr. Eurico Branco Ribeiro

Segundo Secretário
Dr. Waldemar Machado

Primeiro Tesoureiro
Dr. Nelson Campanile

Segundo Tesoureiro
Dr. José Saldanha Faria

Bibliotecário
Dr. Roberto Deluca

Conselho consultivo:
Dr. Enrico Ricco
Dr. Luís Branco Ribeiro
Dr. Moacyr Boscardin
Dr. Ferdinando Costa
Dr. João Noel von Sonnleithner

BOLETIM
DO
SANATÓRIO SÃO LUCAS
INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

VOL. XX AGÔSTO DE 1958 N.º 2

Spina bífida (*)

Prof. CARMO LORDY
(Patologista do Sanatório São Lucas)

O Prof. Carmo Lordy, para elucidação do assunto visado, procurou de início resumir, com o auxílio de figuras demonstrativas, uns tantos pontos de embriologia humana com êle relacionados. Assim é que se referiu às fases iniciais de desenvolvimento da área embrionária com a formação da linha primitiva e do nó de Hensen com seu prolongamento cefálico, explanando as sucessivas modificações que se efetuam. Depois de resumidas as fases de placa, goteira e tubo nervoso, passou então a tratar da spina bífida, que geralmente se localiza na parte mediana da região sacro-lombar ou, em eventualidade mais rara, na região dorsal ou ainda acima.

O têrmo *spina-bífida* se aplica aos casos nos quais, no ponto da raquisquise parcial, se observa uma saliência, freqüentemente cística, única ou subdividida, podendo atingir dimensões variadas. Como documentação do assunto, valeu-se de um caso de spina bífida (mielomeningocele), há tempo estudado pelo A., caso êste da clínica do Dr. Eurico Branco Ribeiro. Numa secção histológica demonstrou a superposição das diversas camadas da parede cística em aprêço: epiderme e derma, logo abaixo, um extrato de tecido nervoso (glia e poucas células nervosas), piamater ventral e malhas dilaceradas da aracnóide. O líquido, acumulado entre essas malhas e que determinára a formação cística, provinha de alterações circulatórias locais.

Dêsse modo, fica justificada a denominação de *mielo-meningocele* para casos, como êste, de spina bífida, relativamente mais comuns.

Não se pode admitir como fator da esquise local a aplasia das lâminas vertebrais primitivas, como querem alguns AA., pois é sabido que o fechamento do tubo nervoso precede a formação do

(*) Resumo de aula proferida na reunião do Corpo Médico do Sanatório São Lucas em 13-3-58.

blastema, tanto das vértebras, como do crânio: o canal neural é que condiciona o desenvolvimento das futuras partes ósseas e não vice-versa. Parece que deva antes ser responsabilizada a parada de desenvolvimento da placa neural, que ficaria impedida de se transformar em goteira e em tubo. Êsse impedimento, por sua vez, estaria relacionado com a escassa ampliação do saco amniótico.

Outra variedade de spina bífida é representado pelo *mielocistocele*, em que se verifica esquise das vértebras e da dura-mater, com conservação da medula e das leptomeninges. A parte mais saliente do saco é formada pelas meninges tênues, para dentro das quais se encontra um segmento medular em dilatação cística. O *meningocele* é uma variedade mais rara e relativamente mais benigna. Nota-se solução de continuidade na duramater. A parede do saco, no seu ponto mais saliente, é formada pela pele e aracnóide, cujas malhas ficam destendidas pelo acúmulo de líquido.

Na *spina bífida oculta* não se observa produção cística, embora exista uma limitada esquise. É freqüentemente denunciada por uma hipertricose ou por um nevus pigmentar. Merecem menção especial os muitos raros casos de *raquisquise anterior*, complicados de *esquise posterior*. Em tais casos, o reto, através de uma abertura no osso sacro-coccigeano desemboca dorsalmente num saco contendo formações de natureza nervosa (atresia ani-coccigeana). Genèticamente, êstes casos se relacionam com a persistência anômala do canal neuroentérico. Por último, o A. estabeleceu o diagnóstico diferencial entre os casos acima mencionados e os casos do chamado *parasita sacral*, os quais se desenvolvem, na região sacral, em continuação do eixo do corpo, pendentes como um saco entre os membros inferiores. Podem alcançar dimensões variadas desde as de uma ameixa até as de uma cabeça de criança ou de adulto. Também são muito variadas a sua consistência (sólida, cística, mixta), constituição, estrutura, desde um simples cisto dermóide até à complexidade de um teratoma com derivados dos 3 folhetos blastodérmicos. Quanto à gênese formal do parasita sacral, alguns AA., baseando-se no conceito de Roux sôbre a independência formativa dos blastomeros, a atribuem à eventual separação de um blastômero e ao seu ulterior desenvolvimento nessa região. Outros AA., partidários do documentado conceito dos organizadores de Spemann, a relacionam com o destaque de uma parcela da linha primitiva e com a sucessiva sua implantação na altura daquela região que futuramente será a sacral, onde iniciará seu desenvolvimento.

Pseudorredução de hérnia inguinal (*)

Dr. Eurico Branco Ribeiro
(Diretor do Sanatório São Lucas)

Para a nossa reunião de hoje escolhemos um caso de observação recente, que apresenta aspectos muito curiosos de dificuldade diagnóstica.

Trata-se de um paciente com 74 anos de idade, J. P., casado, branco, brasileiro, funcionário ferroviário aposentado, residente num dos bairros desta Capital. No dia 15 de Julho último apresentou-se êle no consultório da Caixa de Aposentadoria, em condições bastante precárias, com vômitos sanguíneos incoercíveis, pouco podendo informar. Acompanhava-o uma netinha que também não podia dar grandes informações a seu respeito. Além disso, o paciente apresentava dôres abdominais dificultando o exame somático, a isso se acrescentando um estado de ansiedade e mal estar que não o deixava disposto a dar quaisquer informações. O que sobressaia eram os vômitos francamente sanguíneos que estava tendo, com parada de expulsão de fezes já datando de 4 dias.

A sua ficha apresentava um comemorativo bastante recente, de maio dêste ano, que se referia à presença de um pequeno tumor submaxilar de 4 meses de duração, indolor e que havia conduzido o paciente a submeter-se a uma biópsia. O resultado dessa biópsia dizia o seguinte: "Exame miscroscópico: Trata-se de um processo inflamatório constituído por escassa reação fibroblástica, mas intensa proliferação de capilares neoformados e infiltrado linfoplasmocitário difuso. Não há indícios neoplásicos no material examinado. Diagnóstico — inflamação crônica". A ficha assinalava também que o doente era portador de uma hérnia inguinal bilateral.

Um doente de 74 anos de idade, com vômitos incoercíveis, tendo apresentado recentemente um tumor no pescoço embora a biópsia tenha dado negativa, nos levou à suspeita de se tratar de um processo tumoral do estômago. O paciente foi encaminhado para o Sanatório São Lucas e aqui examinado pelo Dr. Kanashiro, que assinalou o seguinte:

(*) Caso discutido na reunião do Corpo Médico em 18-7-57.

Dia 15-7-57. Há 4 dias que está com vômitos côr de borra de café, dizendo que tudo o que come vomita; desde 4 dias: antes já estava com dor tipo pontadas em todo o abdomen. Há 4 dias que não evacua, desde que tivera evacuação escura de consistência mole. Sempre se queixou de acidez gástrica. Há 23 anos que sofre de bronquite asmática. Tinha pressão arterial de 110 x 70. Ao exame, encontrou-se dor generalizada do abdomen à palpação notando-se a parede semitensa. A pesquisa palpatória era difícil devido ao estado do doente que não permitia um exame mais profundo, mas não havia nenhum tumor palpável inclusive nas regiões inguinais.

Dados os ligeiros comemorativos gástricos, o doente foi encaminhado ao radiologista para fazer o seu exame de estômago tendo se verificado que realmente havia um estômago cujo antro terminava em funil dando a impressão de que se tratava mesmo de um processo neoplásico obstrutivo. Entretanto, muito sagazmente verificou o radiologista que êsse doente apresentava, também, dilatação enorme de alças delgadas e que apresentava na posição ortostática pequenos níveis líquidos no intestino. Diante dessa verificação da radiologia, procuramos maiores esclarecimentos dêsse doente, cujo estado geral já tinha melhorado, pois os vômitos já estavam atenuados pela terapêutica e pelos cuidados aqui feitos e obtivemos as seguintes informações: No dia 9 de julho êle tivera um encarceramento de hérnia, que perdurou 12 horas e que foi reduzido por taxia, mas, apesar da redução dessa hérnia, passou a vomitar, não teve evacuações e as dores abdominais persistiram. Fizemos então as seguintes interrogações: será êste doente portador de peritonite por necrose do intestino que ficara 12 horas estrangulado? Será que essas dores são apenas da alça estrangulada e necrosada mas ainda sem perfuração? por quanto a reação abdominal era ligeira, não era muito intensa, não era uma reação abdominal que fizesse pensar numa peritonite generalizada. Aventamos, também, na mesa operatória, antes da intervenção, a hipótese de que êsse doente fôsse portador de duas diferentes lesões: De um câncer de estômago e de consequências de um estrangulamento de hérnia inguinal já reduzida. Diante dessas eventualidades principalmente conduzidas pelo exame radiológico, resolvemos fazer uma incisão do lado esquerdo, porque à esquerda fôra o estrangulamento da hérnia, uma incisão com centro ao nível da cicatriz umbilical, incisão transretal bastante ampla, que nos permitisse não só verificar o estômago como também ver o estado das alças intestinais. E foi uma incisão feliz, porquanto logo que abrimos o ventre encontramos as alças delgadas dilatadas, a partir do ângulo duodeno jejunal, donde as acompanhamos por um metro e meio, mais ou menos, até um ponto em que o delgado se metia num anel herniário e ali permanecia estrangulado, formando um tumor da parede invaginado para dentro do abdomen, quer dizer: o tumor herniário, que aparentemente tinha sido reduzido, fazia proeminência para dentro do abdomen, sem que tivesse havido a desejada redução do conteúdo do saco. Eis, pois, que estávamos diante de uma circunstância que até

hoje não víramos assinada nem tíveramos a oportunidade de verificar: todo o saco herniário, cheio do seu conteúdo, fôra recalcado para dentro do abdomem em um indivíduo velho de musculatura muito flácida. Isso só pudemos verificar na mesa operatória, com o abdomem aberto, e uma das mãos sôbre a região ingüinal esquerda, onde não se percebia nenhuma tumoração, e a outra mão por dentro do abdomen em palpação combinada que mostrou um tumor saliente para dentro da cavidade abdominal ao invés de fazer saliência subcutânea para fora da cavidade abdominal, como é usual. Isso um dos motivos que nos fêz trazer êste caso à consideração dos colegas. O outro motivo era justamente o desejo de salientar a orientação que nos deu o exame radiológico, evidenciando níveis líquidos e dilatação de alças, o que nos fêz fazer uma incisão apropriada para a solução fácil do caso.

Mas continuemos a relatar o que foi encontrado na cavidade do nosso doente. Além dessa alça que ainda estava estrangulada e portanto produzindo a obstrução responsável pelos sintomas do doente, nada mais de gravidade foi encontrado: a palpação do estômago não evidenciou qualquer espécie de tumor; reanalizando as radiografias dêsse órgão, vamos ver que a depressão existente no antro gástrico é produzida justamente pela distenção de uma alça delgada que está comprimindo a parede do estômago, dando a falsa imagem de uma infiltração neoplásica. Houve assim, à primeira vista, uma falsa interpretação da radiografia, mas se essa radiografia foi falha quanto ao diagnóstico de um tumor do estômago, ela foi de grande utilidade para chegarmos à conclusão de que o processo do nosso doente era um processo obstrutivo baixo e isso nos orientou muito bem para o ato cirúrgico; em vez de fazermos uma incisão para o estômago, fomos fazer uma incisão apropriada para resolver um processo de intestino.

O ato cirúrgico terminou muito fàcilmente, porquanto por via abdominal foi incisado o anel de estrangulamento e reduzida uma pequena alça de cêrca de 10 cm, que estava encravada no saco herniário com o seu sulco de estrangulamento muito nítido, embora não estivesse totalmente sem circulação, tanto que não necrosou nos 6 dias em que o doente foi portador do encarceramento. Não houve, portanto, necessidade de se fazer uma ressecção da alça estrangulada.

Êste caso foi operado no dia 17-7-57. Ainda é cedo para se dizer se depois de 6 dias de encarceramento de hérnia do delgado um doente com 74 anos é capaz de recuperar. Esperemos que isso aconteça, porque o seu estado hoje nos permite acreditar numa evolução favorável.

NOTA: O posoperatório foi silencioso e o paciente teve alta curado ao fim de uma semana.

Movimento da Secção de Maternidade do Sanatório São Lucas no ano de 1957 (*)

Dr. WALDEMAR MACHADO

(Chefe da Secção de Maternidade do Sanatório São Lucas; Obstetra (Patologista do Sanatório São Lucas)

Acorreram à Secção de Maternidade do Sanatório São Lucas, no decorrer do ano de 1957, 1.131 gestantes, em trabalho de parto, o que corresponde à média diária de 3,09% de partos.

Dêsse total, 977 foram partos normais e 154 foram operatórios, o que corresponde a uma incidência total de intervenções obstétricas de 13,61%.

Os partos operatórios foram assim distribuídos:

99 cesareanas
51 aplicações de forcipes
4 versões e grandes extrações.

Iniciando a demonstração estatística em vários itens, encontramos o grupo das cesareanas, em número de 99, correspondendo a uma incidência cirúrgica de histerotomias de 8,75%.

Quanto à idade em quinquenios:

IDADE	CASOS	PERCENTAGEM
16-20	3	3,07%
21-25	27	27,27%
26-30	28	28,96%
31-35	19	19,18%
36-40	17	17,17%
41-45	5	5,05%
Total	99	95,70%

Quanto a gestações:

	CASOS	PERCENTAGEM
1.ª gesta	37	37,37%
2.ª "	33	33,33%
3.ª "	15	15,15%
4.ª "	3	3,03%

(*) Comunicação feita à Sociedade Médica São Lucas em 20-5-58.

5.ª	"	3	3,03%
6.ª	"	3	3,03%
7.ª	"	3	3,03%
8.ª	"	1	1,01%
9.ª	"	1	1,01%

Quanto à paridade:

	CASOS	PERCENTAGEM
Nulipara	59	59,59%
Primipara	18	18,18%
Secundipara	6	6,06%
Tercipara	3	3,03%
Multipara	13	13,13%

Quanto ao número de cesareanas:

	CASOS	PERCENTAGEM
1.ª cesarea	67	67,67%
2.ª "	25	25,25%
3.ª "	7	7,07%

As indicações operatórias variaram da seguinte maneira:

	CASOS
Anel de constrição	1
Distocia funcional	16
Vício pélvico	5
Tumor prévio (mioma)	2
Sofrimento fetal	45
Prolapso do cordão	2
Apresentação pélvica	6
Hipœsistolia	8
Trabalho prolongado-estafa materna	19
Hipertonia	1
Eclampsia	1
Mal epilético	1
Rotura uterina	2
Neurose do parto	2
Distocia partes moles (prolapso genital)	3
Placenta prévia	2
Osteosarcoma do ilíaco	1
Parto protraido	4
Cesarea iterativa (segunda)	4
Cesarea iterativa (terceira)	6
Mortalidade fetal em partos anteriores	1
Descolamento prematuro de placenta	3
Apresentações defletidas	2
Situação transversa	4
Primiparidade idosa	5
Desproporção céfalo-pélvica	3

Vemos que nas indicações se apresentam dois casos de rotura uterina, que não podem ser considerados como cesareana. Contudo, são casos decorrentes de rotura em cicatriz de cesarea corporal anterior, daí mantermos neste quadro. Um caso foi seguido de histerectomia e outro com conservação do órgão, por histerorrafia e salpingotomia.

No quadro seguinte apresentamos as intervenções concomitantes à cesareana.

	CASOS
Cesarea + miomectomia	1
Cesarea + salpingotomia	21
Cesarea + histerectomia	1
Cesarea + cistorrafia	1
Cesarea + apendicectomia	1
Cesarea + histerectomia sub-total por mioma	1

No quadro das anestesias demos uma vez mais preferência à raque, segundo o quadro seguinte:

	CASOS	PERCENTAGEM
Raque (Scurocaina C)	68	68,68%
Geral (Venosa)	29	29,29%
Raque + Geral	1	1,01%
Local	1	1,01%

Não tivemos nenhuma intercorrência maléfica à gestante ou ao feto decorrente das anestesias.

Dentre as operadas, cumpre destacar os seguintes casos: Primigesta, 27 anos, operada há 7 anos de comissurotomia mitral, com sobrevida materna e fetal; Secundigesta, 40 anos; em paciente casada há 19 anos, há 14 meses 1.ª gestação ectópica tubária direita, operada, salpingectomia direita; 2.ª gestação levada a têrmo, cesareana, duo materno-fetal em boas condições; Secundigesta, 12 anos após a 1.ª gestação, em que houve óbito fetal. Na atual gestação, após cesarea, mãe e filho vivos e sadios.

Como complicações encontramos no pós operatório os seguintes casos:

Flebite	2	2,02%
Supuração de parede	3	3,03%

No grupo das histerotomias não tivemos a lamentar nenhum caso de morte materna.

Quanto aos fetos, houve três casos de morte, pelas seguintes causas:

D. P. P.	1
Rotura uterina	1
Anoxia fetal	1

O que corresponde a uma percentagem de 3,03.

Não computamos neste item o caso de mal epilético em que a gravidez atingia a 22.ª semana, caso portanto de abôrto fetal.

Foram feitas 51 aplicações de forcipe, o que corresponde a 4,50% do total dos partos.

Com a mesma distribuição dos itens anteriores, veremos que quanto à idade das parturientes, em quinquenios, foi assim distribuída:

16 a 20 anos	8	15,68%
21 a 25 anos	18	35,29%
26 a 30 anos	21	41,17%
31 a 35 anos	3	5,88%
36 a 40 anos	1	1,96%

Quanto ao número de gestações verificamos que as primigestas foram a quase totalidade das operadas, como veremos a seguir:

Primigestas	42	82,35%
Secundigestas	3	5,88%
Tercigestas	3	5,88%
Multigestas	3	5,88%

Quanto à paridade, verificamos, como corolário ao item anterior, que as nuliparas foram a quase totalidade, segundo o quadro seguinte:

Nuliparas	42	82,35%
Primiparas	5	9,80%
Secundiparas	2	3,92%
Multiparas	2	3,92%

As indicações para as intervenções tiveram a seguinte distribuição:

	CASOS
Sofrimento fetal	23
Parada de progressão	44
Estafa materna	14
Apresentação pélvica	1
Trabalho de parto prolongado	2
Estenose mitral (operada há 3 anos)	1
Distocia de rotação	4
Anel de constrição	1
Eclampsia	1
D. P. P.	1
Epilepsia	1
Vício pélvico	1

Sobreleva o item da parada de progressão, que de fato obriga a uma atitude mais intervencionista que a antigamente seguida, aguardando apenas as fôrças maternas, o que acarretaria grande número de mortes ou morbilidade fetal, na sua evolução, nos casos de período expulsivo prolongado.

A anestesia empregada teve a seguinte distribuição:

Geral (venosa)	41	80,39%
Raque	2	3,92%
Local	6	11,76%
Local + geral	2	3,92%

Neste ano usamos muito mais a anestesia geral venosa que a por gases, isto porque, aplicando apenas forcipe baixo, as extrações são rápidas e as anestesias superficiais, não necessitando aprofundá-las, bastando retirar ràpidamente a ação psiquica da paciente.

Em 36 casos foi feita a extração fetal com o forcipe de Simpson Braun e em 15 casos empregamos o forcipe de Marelli.

Como complicação fetal, tivemos dois casos de fratura de clavícula após aplicação de forcipe de Marelli.

Houve dois casos de morte fetal, ou seja, 3,96%, pelas seguintes causas:

Asfixia intraparto (meconio nos grandes e médios bronquios)	1
Anel de constrição anoxia, morte antepartum	1

Tivemos a lamentar um caso de morte materna, não decorrendo a mesma da intervenção em si, mas, sim, de lesão cardíaca. Tratava-se de uma primigesta, que há 3 anos fôra submetida a uma comissurotomia mitral. No período gravídico, sua pressão arterial foi de 160×90, com edemas nos membros inferiores, não cedendo à terapêutica do cardiologista.

A intervenção feita, no período expulsivo, atendeu mais à indicação materna que à fetal, tanto assim que, 6 horas após, a parturiente se sentia muito bem. O quadro de insuficiência começou a manifestar-se após 9 horas do parto, e decorridas 26 horas do mesmo, a paciente falecia, sem que a medicação cardiotônica tivesse obtido resultado.

Tivemos 30 casos de partos normais, em gestantes anteriormente cesareadas, neste ou noutros Serviços, por indicação variada.

Houve 26 partos múltiplos, sendo 25 gemelares, 2,93%, e um trigêmeo, com a seguinte distribuição de sexo:

Ambos masculinos	8	..... 30,76%
Ambos femininos	6	..... 23,07%
Masculinos e femininos	11	..... 42,30%

Os trigêmeos eram todos do sexo masculino.

Neste grupo houve 6 mortes fetais, 11,3%, assim distribuídas:

1 — após versão e grande extração, segundo feto, asfixia;
1 — por anel de constrição, segundo feto, forcipe;
1 — por cianose sem ter chorado 9 horas após o nascimento, na incubadora;
1 — morte 4 dias após ;
1 — morte 7 dias após;
1 — morte 24 horas após, o terceiro dos trigêmeos com pêso de 940 g.

Houve 3 casos de retenção de placenta, todos êles resolvidos pela extração manual, sob anestesia.

Houve 2 casos de prolapso de cordão, o primeiro em quintipara natimorto macerado e um em secundipara, pélvico.

O óbito materno foi verificado em 3 casos, correspondendo a 0,26%:

1 — primigesta, cardíaca, operada comissurotomia há 3 anos, forcipe Simpson Braun, morte 26 horas após insuficiência cardíaca aguda;

1 — por eclampsia pós parto, em primigesta, 40 horas após a primeira crise.

1 — tercigesta, secundipara, gravidez do sétimo mês, morte materno-fetal, por estado infeccioso agudo, evoluindo em apenas doze horas, temperatura de 41°.

No grupo referente a neo e gravidez, tivemos dois casos.

O primeiro, em gestante de 26 anos, com neo da mama direita, encontrado no 6.° mês de gestação, com evolução rápida, a partir do 3.° mês, secundigesta, primipara, parto normal, feto feminino, 3.000 g; foi operada na primeira semana de puerpério e dois meses após foi novamente submetida à intervenção por apresentar tumor também idêntico ao anterior, no seio esquerdo.

Um caso de osteosarcoma do ilíaco direito, com crescimento interno, o que indicou a prática de cesarea, embora paciente quartigesta, tercipara.

Houve um caso de icterícia materna pré-natal, que persistiu até ao parto, o qual foi normal, em secundigesta, primipara, feto feminino, 2.270 g.

Foram praticadas 4 versões e grandes extrações, 0,36% das indicações operatórias, nas seguintes condições e resultados:

1 — parto gemelar em primigesta, primeiro feto parto normal, cefálico; segundo, em situação transversa, anel de constrição, versão e grande extração, feto natimorto, anoxia;

1 — em tercigesta, secundipara, feto natimorto, anoxia;

1 — em quintigesta, quartipara, gravidez de 7½ meses, óbito fetal 20 dias após;

1 — primigesta, versão grande extração, feto em boas condições.

Nos 4 casos atendidos houve 3 casos de mortes fetais, 2 decorrentes do grande sofrimento fetal e da própria intervenção e 1 por prematuridade.

Conhecida como intervenção maligna ao feto, entretanto, em determinadas condições, somos forçados a executá-la, embora sem termos obtido o resultado completo que esperávamos, ou seja, vitalidade do duo materno fetal.

A indução do trabalho de parto foi feita em 11 pacientes, com a seguinte distribuição:

Primigesta	3
Secundigesta — primipara	5
Tercigesta — secundipara	1
Octigesta — septipara	2

Iniciamos sempre a indução com administração intravenosa, gôta a gôta, de extrato pituitário, em 500 cc de soluto glicosado isotônico, na média de 16 a 20 gôtas por minuto.

Os resultados foram bons em 8 casos; em 2 foram complementados pela amniorexis e em 1 foi nula a resposta.

Dos casos induzidos, um terminou com aplicação de forcipe de Simpson Braun e um outro por cesarea, decorrente de distocia funcional e sofrimento fetal.

Houve um caso de feto com teratoma intra-abdominal, o que lhe ocasionou a morte ao nascer.

Houve 30 casos de partos pélvicos, 2,65%, com a seguinte distribuição:

1.ª gesta	9 (1 gemelar)
2.ª gesta — 1.º para	9 (1 gemelar)
3.ª gesta — 2.º para	5
4.ª gesta — 3.º para	4 (gemelar, ambos pélvicos)
5.ª gesta — 4.º para	2
7.ª gesta — 6.º para	1

Houve três mortes de feto em parto pélvico, correspondendo a 10% do total, com a seguinte distribuição:

Anoxia intra parto	2
Natimorto macerado	1

Como complicação no mesmo grupo, tivemos um caso de paralisia braquial direita, após extração a forcipe, em cabeça derradeira.

Os casos de prematuros somaram 53, o que dá uma percentagem de 4,68% do total de partos com a seguinte distribuição quanto ao pêso:

Prematuros de 1.000 a 1.500 g	10
Prematuros de 1.500 a 2.000 g	33
Prematuros de 2.000 a 2.500 g	19

Neste grupo ocorreram 34 mortes, incluindo os macerados, o que corresponde a uma mortalidade de 64,15%.

Os óbitos fetais de têrmo alcançaram 22, o que corresponde a 19,4% de parturientes internadas, com as seguintes causas :

Anoxia intraparto	2
Anel de constrição	1
Macerados	2
D. H. E. G.	7
D. P. P.	2
Prolapso de cordão	2
Anoxia em extração pélvica	4
Hidrocefalia mais Spina bifida	1
Teratoma intra-abdominal	1

Tivemos seis casos de vícios congênitos assim distribuídos:

Atrofia globo ocular esquerdo	1
Polidactilia	1
Lábio leporino	1
Hemangioma perna direita	1
Hidrocefalia e Spina bífida	1
Spina bífida	1

Em 14 recém-nascidos houve fratura de clavícula, correspondendo a 1,23% com a seguinte distribuição:

Após extração a forcipe	3
Apresentação pélvica	1
Em parto normal	10

Houve 37 casos de D. H. E. G., correspondendo a 3,27% dos casos. Dêstes casos 6 evoluiram para a eclampsia, o que corresponde a 16,24%.

Os casos tiveram a seguinte distribuição de acôrdo com a pressão arterial e a evolução materno-fetal:

P. A. 230 × 130	1 feto natimorto
	1 feto bem
P. A. 200 × 120	2 fetos bem
	1 natimorto
P. A. 190 × 100	1 natimorto macerado
P. A. 180 × 100	3 bem
P. A. 170 × 100	4 bem
	1 eclampsia + cesarea
P. A. 160 × 100	3 bem
	1 natimorto
P. A. 150 × 100	1 eclampsia pós parto e morte materna
	1 eclampsia intraparto mãe e filho bem
	11 bem
P. A. 140 × 100	5 bem
P. A. 130 × 90	1 eclampsia pós parto, alta bem

Houve 4 casos de D. P. P. com 3 mortes fetais e 1 feto vivo após cesarea, 0,36%, assim distribuídos:

2 — morte fetal
1 — natimorto macerado
1 — feto bem após cesarea

Houve 6 casos de eclampsia com a seguinte distribuição e evolução:

1 — Primigesta, 20 anos, P. A. 150 × 110, crise convulsiva anteparto, parto normal, mãe e filho bem, alta no 5.º dia;

2 — Primigesta, 20 anos, P. A. 150 × 100, eclampsia pós parto, apenas 3 crises, a primeira 9 horas após o parto, vindo a falecer 39 horas após o parto;

3 — Primigesta, 22 anos, P. A. 160 × 120, 2 crises convulsivas, mola hidatiforme, alta bem;

4 — Primigesta, 23 anos, P. A. 170 × 110, eclampsia ante parto, cesareana, alta bem;

5 — Secundigesta, primipara, 31 anos, P. A. 130 × 90, eclampsia pós parto, alta bem;

6 — Primigesta, 24 anos, P. A. 150 × 90, Forcipe Marelli, uma crise durante o parto, alta bem.

Neste grupo, verificamos apenas a morte de uma parturiente, a qual só apresentou as crises convulsivas 9 horas após o parto.

A medicação empregada em todos os casos foi a associação amplictil, fenergan, sôro glicosado isotônico, gôta a gôta, venoso.

Tivemos dois casos de epilepsia, um com evolução normal, gravidez a têrmo e parto normal; o outro internou-se com crises convulsivas repetidas, na 22.ª semana de gravidez, evoluindo para mal epileptico, não cedendo à medicação, tendo sido submetida a uma microcesarea, persistindo porém o estado de mal, só obtendo melhoras 5 dias após.

Tivemos 11 casos de Rh negativos, 0,97%, dos quais apenas 1 apresentava sensibilização, em tercigesta, secundipara, cujo filho, submetido à exanguino-transfusão total, ao nascer, teve sucesso, saindo do hospital em ótimas condições.

Foram êstes os dados que recolhemos no Departamento de Obstetricia do Sanatório São Lucas, de modo a poder trazer a esta Sociedade os resultados obtidos no decorrer do ano de 1957.

	ANOS							TOTAL
	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	
Parturientes internadas	235	282	515	815	1153	1369	1131	5.500
Partos normais	178	215	423	683	919	1185	977	4.580
Partos operatórios	75	67	92	132	182	184	154	886
Prematuros	14	33	28	50	52	112	53	342